



**SINDICATO NACIONAL DOS TÉCNICOS SUPERIORES DE
SAÚDE DAS ÁREAS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA**

SEDE: R. DR. CAMPOS MONTEIRO, 170 – 4465-049 S.M.INFESTA
TELEF. 22 9069170 - FAX 22 9069179
DELEGAÇÃO: R. CONDE REDONDO, 61 – 3º A - 1150-102 LISBOA
TELEF. 21 3192950 - FAX 21 3192959

QUOTIZAÇÃO

(Entidade Empregadora)

Nos termos e para os efeitos do disposto no Artº 494 da Lei Nº 99/03 de 27 de Agosto, eu _____
abaixo assinado, com local de trabalho em
_____, com a categoria profissional
de _____, declaro autorizar o SINDICATO
NACIONAL DOS TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE DAS ÁREAS DE
DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA, a receber o valor de 1% sobre a minha
remuneração mensal líquida, depois de deduzido do meu salário, que lhe
será enviado até ao dia 15 do mês seguinte a que se reporta.

_____, ___/___/ de 20

ASSINATURA
